

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 4 Avril 1895, à 1 heure

PAR

Augusto Hygino de MIRANDA

Né à Pernambuco (Brésil) le 17 mai 1868

Docteur en médecine de la Faculté de Paris

Ancien externe des Hôpitaux

Médaille de bronze de l'Assistance publique

TRAITEMENT

DES

CYSTITES REBELLES

CHEZ L'HOMME

PAR LE

CURETTAGE VÉSICAL ET LE DRAINAGE PÉRINÉAL

Président : M. GUYON, professeur.

M. RAYMOND, professeur.

Juges : { MM. BALLET } Agrégés.
{ BRUN }

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, RUE RACINE. 15

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....M.	BROUARDEL.
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ DIEULAFOY.
	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	TERRIER.
Pharmacologie.....	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.....	LANDOUZY.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBÈNE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	STRAUS.
	{ SEE (G.)
Clinique médicale.....	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	GRANCHER.
Maladies des enfants.....	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....	TILLAUX.
	{ BERGER.
Clinique chirurgicale.....	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Clinique d'accouchement.....	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires :

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD et VERNEUIL.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.
ALBARRAN.	GAUCHER.	NETTER.
ANDRÉ.	GILBERT.	POIRIER, chef des
BALLET.	GLEY.	trav. anatomiques.
BAR.	HEIM.	QUENU.
BRISSAUD.	JALAGUIER.	RETTERRER.
BRUN.	LEJARS.	RICARD.
CHANTEMESSE.	LETULLE.	ROGER.
CHARRIN.	MARFAN.	SCHWARTZ.
CHAUFFARD.	MARIE.	SEBILLEAU.
DEJERINE.	MAYGRIER.	TUFFIER.
DELBET.	MENETRIER.	VARNIER.
FAUCONNIER.	NELATON.	VILLEJEAN.
		WEISS.

SECRÉTAIRE DE LA FACULTÉ : M. CH. CHUPIN.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

A MA SŒUR

A MES FRÈRES

A MON ONCLE ET A MES TANTES :

A. et F. JOSÉ DOS SANTOS

L. et M. DA G. RABELLO DA SILVA

J. B. SOUTO-MAIOR

A LA MÉMOIRE

DE MES GRANDS PARENTS

DE MES FRÈRES

A MON EXCELLENT AMI DOMINGOS COELHO

A M. L'ABBÉ E. FERREIRA DE CARVALHO

A M. LOUIS LABOUREUR

A MON COUSIN, LE DOCTEUR A. DUPRAT

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

M. le Professeur F. GUYON

Chirurgien de l'Hôpital Necker

Membre de l'Institut et de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'honneur

A LA MÉMOIRE DE MON VÉNÉRÉ MAÎTRE :

M. le Professeur DAMASCHINO



PRÉFACE

Pendant le cours de l'année 1890, nous avons eu l'honneur d'être l'élève de M. le professeur Guyon ; c'est dans son service, en nous inspirant de ses leçons et de ses conseils, que nous avons fait ce travail.

Voici comment nous avons l'intention de diviser notre sujet :

Dans une courte introduction nous rappelons brièvement les phases par lesquelles a passé le traitement des cystites chroniques tuberculeuses ou non ; l'historique de cette question serait long si nous voulions rappeler tous les travaux parus, les traitements conseillés qui ne donnèrent jusqu'ici que peu de résultats ; nous nous contenterons d'esquisser rapidement cette partie de notre travail.

Dans notre deuxième chapitre nous avons l'intention de traiter, en nous inspirant des travaux si remarquables de l'Ecole de Necker, la nature des lésions que l'on rencontre dans la tuberculose de la vessie, ce que sont ces lésions quand elles sont dues à une toute autre cause que la tuberculose, le siège habituel de ces lésions.

Nous avons à décrire dans notre troisième chapitre le manuel opératoire de cette nouvelle opération proposée par M. le professeur Guyon, pour les cas ayant résisté à tous les autres modes de traitement, opération qui, jusqu'ici, a donné des résultats très satisfaisants.

Enfin, dans notre quatrième chapitre nous exposerons les indications, les avantages et les résultats obtenus par ce traitement chirurgical qui semble appelé désormais à jouer un grand rôle dans les affections chroniques ou tuberculeuses de la vessie.

Nous apportons, à l'appui de cette thèse, cinq observations inédites dues à l'obligeance de M. le professeur Guyon.

Si de ce travail il ressort quelque chose d'utile, c'est à M. le professeur Guyon que doit revenir tout l'honneur.

Arrivé au terme de nos études, nous sommes heureux de trouver une occasion nous permettant de témoigner à nos maîtres toute notre reconnaissance, pour les magistrales leçons qu'ils nous ont sans cesse prodigué pendant le cours de nos études.

C'est pour nous un devoir d'inscrire en tête de ce modeste travail le nom de notre excellent maître, M. le

professeur Guyon. Il nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse pour laquelle il nous a de plus donné de bienveillants conseils. Pendant l'année où nous avons été son élève, nous avons pu apprécier le savant et l'homme : il est de ceux qu'il suffit de connaître pour aimer.

Nous conserverons toujours de lui le plus profond souvenir.

Nous remercions ici tous nos maîtres dans les hôpitaux, dont les bonnes leçons et les excellents conseils ne nous ont jamais fait défaut : MM. les professeurs Straus et Pinard ; MM. les docteurs Gérard-Marchant, Nicaise, Delbet, Albarran, Ferrand, Dreyfus-Brisac et Babinski.

Nous devons des remerciements particuliers à notre jeune maître, M. le docteur F. Legueu, chef de clinique à la Faculté, qui, dès le début de nos études n'a cessé de nous témoigner la plus bienveillante amitié.

Enfin nous serions bien ingrats si nous négligions d'exprimer toute notre reconnaissance à M. le docteur Ch. Pupin, toujours si bon, toujours si affable.





INTRODUCTION

C'est à M. le professeur Guyon que la thérapeutique des organes génito-urinaires est redevable d'un grand nombre de progrès. C'est, en effet, grâce en grande partie aux travaux de l'Ecole de Necker, que nous pouvons actuellement lutter avec avantage contre les complications si graves, si fréquentes, qui atteignent si souvent ces organes chez l'homme et chez la femme.

Le traitement des affections vésicales a fait un grand pas, le jour où M. le professeur Guyon démontra que « la vessie n'a pas de capacité anatomique, que sa capacité n'est que physiologique », dès lors, il remplaça les grands lavages de la vessie, jusqu'alors classiques, même dans les affections douloureuses, par les instillations qui, sans troubler le repos de l'organe, permettent en même temps d'agir plus énergiquement.

Nous ne faisons que mentionner les instillations de nitrate d'argent, depuis longtemps classiques,

spécifiques même de certaines affections uréthrales et vésicales.

Toutefois, un certain nombre d'affections vésicales et, en particulier, les cystites douloureuses, restaient rebelles au traitement par les instillations de nitrate d'argent.

Malgré les résultats souvent favorables que M. le professeur Guyon a obtenu avec la cystotomie sus-pubienne, il a jugé que ce mode de traitement n'était pas à la portée de tous les praticiens, qu'il fallait trouver une substance jouissant d'un pouvoir modificateur des lésions tuberculeuses, et réserver la taille sus-pubienne pour les cas rebelles à tous les autres modes de traitement.

Après de longs et patients essais, M. le professeur Guyon a comblé cette lacune en introduisant dans la thérapeutique des cystites tuberculeuses, les instillations de sublimé dont les heureux résultats sont décrits en détail dans l'excellente thèse du docteur G. Colin.

Néanmoins, certaines cystites tuberculeuses et quelques cystites chroniques douloureuses devaient rester rebelles au traitement par les instillations et même au cysto-drainage sus-pubien.

C'est en présence de ces cas tout à fait rebelles et en raison même de la nature des lésions tuberculeuses vésicales, que M. le professeur Guyon pratiqua après la taille hypogastrique, le curettage de la vessie tuberculeuse.

En profitant de la brièveté et de la dilatabilité du canal de l'urèthre chez la femme, M. le professeur Guyon profita de cette voie naturelle pour pratiquer le curettage vésical.

Les résultats assez satisfaisants obtenus avec le curettage vésical dans les cystites tuberculeuses, l'amènèrent à appliquer le curettage aux cystites chroniques rebelles.

Après avoir pratiqué le drainage sus-pubien, après avoir associé le curettage au drainage hypogastrique, il était encore réservé à M. le professeur Guyon de trouver une modification nouvelle : nous voulons parler du curettage vésical à travers la boutonnière périnéale.

Pourquoi la voie périnéale, plutôt que la voie hypogastrique ? A cette question si controversée, nous répondrons en citant les propres paroles de M. le professeur Guyon. En effet, dans sa leçon clinique du 21 novembre 1894, alors qu'il allait opérer le malade qui fait le sujet de notre deuxième observation, notre maître donna lui-même les raisons de son intervention par ce moyen : « Pourquoi, chez ce « malade, préférons-nous la voie périnéale à la voie « hypogastrique, pour pratiquer le curettage vésical ? « Parce que la taille hypogastrique a déjà été faite « sans donner de résultats satisfaisants, parce que « les insuccès par cette voie sont nombreux, parce « que enfin, je crois la voie périnéale meilleure. Une

« autre raison qui me fait encore préférer la voie
« périnéale, c'est que lorsqu'on fait une fistule par
« l'hypogastre, on a de nombreuses difficultés avant
« d'en obtenir la guérison complète. »



Anatomie pathologique

En raison de la prédilection que présentent les lésions de la cystite chronique simple ou tuberculeuse pour certaines régions de la cavité vésicale, il convient, pour la facilité de l'intervention opératoire, de bien déterminer quelles sont les régions le plus habituellement atteintes.

L'examen de la vessie d'un malade ayant succombé à une cystite chronique tuberculeuse, permet de constater une notable diminution de volume de l'organe et une dureté de ses parois, lesquelles sont épaissies et peuvent atteindre un centimètre et même un centimètre et demi.

La cavité vésicale très diminuée est recouverte de villosités, de fausses membranes, d'excroissances très déchirables.

Dans les cystites chroniques simples ou tuberculeuses, les lésions siègent avec une prédominance marquée au niveau de la tunique muqueuse qui, le plus souvent est injectée, irrégulière, fongueuse.

Avant que l'ulcération se produise, on peut observer à la surface de la muqueuse des *granulations* très fines, faisant saillie à sa surface.

Les ulcérations tuberculeuses peuvent être multi-

ples. occuper toute l'épaisseur de la vessie et même la perforer ; cependant ces ulcérations siègent de préférence dans la tunique muqueuse, de telle façon qu'à côté de petites ulcérations très profondes, on peut voir des ulcérations beaucoup plus étendues limitées uniquement à la membrane muqueuse.

Ces lésions présentent une sympathie particulière pour le triangle de Lieutaud ; en effet, c'est dans le trigone vésical que l'on trouve le maximum de lésions et où elles sont les plus anciennes, et, c'est dans cette région prédisposée et au niveau de l'embouchure des uretères, à la région du col de la vessie, que d'ordinaire elles restent localisées.

Ces lésions peuvent s'étendre plus ou moins loin sur la surface vésicale pour atteindre son minimum de développement au niveau du bas fond.

Si, après l'examen macroscopique nous passons à l'examen d'une coupe, le microscope nous fait voir que la granulation tuberculeuse siège dans la tunique muqueuse, immédiatement au-dessous de l'épithélium qui a été détruit, tandis que la tunique muqueuse reste presque normale ou à peine épaissie. Les parties de muqueuse non envahies par le tubercule conservent sa structure normale, ou sont un peu sclérosées.

Il est de règle, chez les malades ayant succombé à des lésions vésicales tuberculeuses, de trouver d'autres organes envahis par la diathèse. M. le professeur Cornil a cependant pratiqué des autopsies de sujets ayant succombé à une affection vésicale tuber-

culeuse, chez lesquels ces lésions sont restées exclusivement localisées à la vessie.

Si nous ajoutons enfin que M. le professeur Guyon évalue à 50 pour 100, le nombre des malades chez lesquels les reins ne présentent aucune altération pathologique, il est facile de comprendre tout le profit que le chirurgien peut tirer en détruisant sur place ce foyer d'infection qui n'attend que le moment favorable pour envahir l'économie toute entière.



Manuel opératoire

Après l'anesthésie chloroformique on procède à l'antisepsie du gland et du méat, après quoi on introduit dans la vessie une grosse sonde métallique qui va permettre de laver largement la cavité vésicale. On peut employer une solution de nitrate d'argent à 1 pour 1000 ou comme, le conseille M. le professeur Guyon, employer une solution composée d'une partie de liqueur de Van Swieten et de deux parties d'eau boriquée à 4 pour 100.

On observe fréquemment, au moment de ces grands lavages, un saignement vésical plus ou moins abondant suivant l'état de la vessie ; c'est là d'ailleurs un fait habituel toutes les fois qu'on distend une vessie.

Lorsque la vessie est bien lavée on retire la sonde et on place le sujet dans la position de la taille périnéale, les cuisses fléchies et appliquées sur l'abdomen.

L'opération proprement dite comprend plusieurs temps, à savoir :

1^{er} temps. — On introduit dans la vessie un cathéter cannelé dont le pavillon est confié à un aide qui doit le maintenir exactement sur la ligne médiane.

2^e temps. — L'opérateur fait sur la peau du raphé

médian une incision longitudinale de trois centimètres, laquelle vient se terminer à un centimètre environ en avant de l'orifice de l'anüs. A l'exemple de M. le professeur Guyon on peut faire perpendiculairement à cette incision deux petits débridements latéraux qui agrandissent la champ opératoire.

On incise les parties profondes, en arrière du bulbe qui doit être soigneusement respecté, juste au niveau de la région membraneuse.

3^e temps. — L'index gauche introduit dans la plaie cherche à sentir le cathéter et sur la cannelure de celui-ci on incise l'urèthre.

L'urèthre incisé on place sur la cannelure du cathéter le dilatateur à mandrins de Guyon et on le fait pénétrer dans la vessie.

Le cathéter cannelé étant retiré on procède à la dilatation de la boutonnière périnéale en faisant pénétrer successivement des mandrins progressivement plus gros et on s'arrête lorsqu'on arrive au mandrin de deux centimètres de diamètre qui laisse un trajet permettant l'introduction de l'index qui doit explorer la cavité vésicale.

4^e temps. — A l'aide de la curette de Volkmann, introduite dans la vessie à travers la boutonnière périnéale, on procède au curettage de cette cavité. Ce curettage doit être pratiqué avec une certaine force afin de détacher complètement toute la couche vésicale malade, sans toutefois pratiquer de manœuvres vio-

lentes qui puissent occasionner la perforation de la vessie.

Pour se rendre un compte exact du degré de force nécessaire à déployer pour détacher tous les produits pathologiques de la vessie, il convient au début du curettage, d'amener à l'extérieur quelques débris muqueux.

D'après les localisations mêmes des produits pathologiques dans la vessie tuberculeuse, il est facile de déduire que le curettage doit surtout être pratiqué avec soin dans les régions où ces lésions se manifestent avec le plus de fréquence, où elles sont le plus anciennes. On commence par faire le grattage de tout le pourtour du col, puis on curettera la paroi de la vessie appliquée contre le pubis et on terminera l'opération par le grattage de la partie de la vessie appliquée contre le rectum.

5^e temps. — Le dernier temps de cette opération se compose du nettoyage vésical et des soins consécutifs ; le curettage terminé on pratique l'évacuation des débris pathologiques détachés par le grattage et on lave soigneusement la vessie avec la solution de sublimé et d'eau boriquée indiquée plus haut.

A travers la boutonnière périnéale on introduit dans la vessie une grosse sonde de Pezzer qui va assurer d'une façon non interrompue le drainage de la vessie.

On applique sur la plaie un pansement à la gaze iodoformée, maintenu par un bandage en T.

Après l'opération, on doit veiller au bon fonctionnement de la sonde à demeure, et la renouveler tous les quatre ou six jours.

Quant aux soins intra-vésicaux, ils varient suivant les malades. En règle générale, pendant tout le temps que durera le drainage périnéal, il est préférable de laisser la vessie au repos et de réserver les instillations antiseptiques et plus tard les lavages pour le moment où le drainage étant supprimé, la plaie périnéale est à peu près cicatrisée.

Le curettage de la vessie pratiqué en observant les règles de l'antisepsie est une opération bénigne qui ne présente jamais d'accidents.



Indications, avantages et résultats

Après avoir indiqué le manuel opératoire et la nature des lésions que nous avons à traiter, il nous semble indispensable de tracer en quelques lignes les indications et les contre-indications, les avantages et les résultats obtenus avec le curettage vésical, suivi de drainage périnéal.

Indications et contre-indications. — Nous avons rapidement esquissé dans notre bref historique, ce qu'avaient été jusqu'ici les divers traitements pour les cystites rebelles ; nous avons vu, que là où les différents traitements chirurgicaux non opératoires avaient échoué, il y avait encore quelque chose à tenter ; il nous reste maintenant à dire dans quels cas la nouvelle opération préconisée par M. le professeur Guyon, doit être employée.

Il pourra se présenter deux circonstances : ou elle aura un but curatif, ou elle aura un but palliatif.

On aura des chances d'avoir une guérison complète lorsque, comme nous l'avons dit déjà, les lésions se trouveront localisées à la vessie, lorsqu'en un mot l'appareil rénal ne sera pas envahi. Et nous appuyons beaucoup sur cette phrase : lorsque l'appareil rénal ne sera pas envahi, l'on pourra sans crainte pratiquer

cette opération, car, pas plus chez l'homme que chez la femme, nous ne verrons, sous l'influence de l'intervention opératoire, se réaliser les craintes émises par M. le professeur Verneuil.

Bien plus, nous ajouterons que lorsque l'appareil urinaire tout entier est envahi, même dans ce cas, il ne faudra pas craindre d'intervenir, car nous éviterons à nos malades les épouvantables souffrances causées par la tuberculose vésicale arrivée à sa dernière période.

Il reste, bien entendu, un cas où toute intervention sera inutile, c'est lorsque notre malade, arrivé à la dernière période d'une tuberculose généralisée, présente cet état fébril particulier à cette période ultime de la maladie.

Avantages et résultats. — Les avantages incontestables de ce mode opératoire, c'est qu'alors que par la taille hypogastrique, nous avons une fistule longue à se guérir, là au contraire, nous verrons que le drainage périnéal, même prolongé, a permis à notre plaie de se fermer toujours d'une façon rapide.

Chez nos opérés, la durée du drainage périnéal a été de un à trois mois, suivant la nature et le degré de la cystite.

Quant à la plaie périnéale, dont le bourgeonnement des parois peut être favorisé par l'emploi de certaines substances, sa cicatrisation a toujours eu lieu dans un espace de temps relativement court.

En effet, si nous jetons un coup d'œil sur nos

observations, si nous les comparons surtout à celles publiées sur les malades opérés par la voie hypogastrique, nous verrons une telle différence dans les deux cas, que ce résultat, alors qu'il serait unique, ferait pencher la balance en faveur de la voie périnéale.

Bref, si nous passons en revue les résultats obtenus, nous verrons d'abord que jusqu'ici nous n'avons à constater aucun cas de mortalité de cause opératoire ; est-ce l'antisepsie rigoureuse à laquelle étaient soumis nos malades, est-ce le choix de la voie périnéale, nous pencherons plutôt en faveur de cette dernière hypothèse, car l'antisepsie était la même alors qu'on opérait par la voie hypogastrique.

En même temps qu'une amélioration manifeste est immédiate dans l'état du malade, plus de bacilles de Koch dans les urines, plus de foyer tuberculeux dans la vessie, et si l'opération n'a été que palliative, nous éviterons, comme nous l'avons déjà dit, les affres de cette agonie épouvantable, qui rendent si terribles les derniers moments de ces malheureux.



OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Cystite tuberculeuse. — Tuberculose rénale et pulmonaire. — Curettage vésical et drainage périnéal. — Amélioration passagère.

Chevrier Joseph, 22 ans, entré le 10 août 1893, salle Velpeau ; rien de particulier à noter dans ses antécédents héréditaires.

A huit ans, tumeur ganglionnaire de l'aîne droite ; à vingt-trois ans, bronchite et pleurésie droite. Dans ses antécédents urinaires nous trouvons trois blennorrhagies de 1884 à 1892, la deuxième avec orchite gauche. La troisième, guérie en trois jours, fut suivie, un mois après, d'une hématurie survenue à la suite d'excès et d'état trouble des urines.

Le 22 juillet 1892 entre dans le service et en sort le 22 août, amélioré par les instillations du sublimé.

En février 1893 la douleur et la fréquence des

mictions reparaissent ; après un séjour de **deux mois** à l'hôpital du Midi, il rentre de nouveau dans le service de M. le professeur Guyon, le 10 août 1893.

Au moment de son entrée, le malade urine toutes les dix minutes, les mictions sont très douloureuses, sanguinolentes à la fin. Les urines très troubles avec dépôt purulent contiennent des bacilles de Koch.

Le canal de l'urèthre laisse passer un explorateur numéro 15 ; la queue de l'épididyme droit présente des indurations ; la prostate est un peu bosselée à droite. Les *reins* sont *sensibles* à la pression ; le rein gauche est légèrement augmenté de volume. Les deux poumons sont atteints de tuberculose.

Ce malade est soumis au traitement par les instillations de sublimé à 1 pour 4000 et les injections hypodermiques d'huile créosotée. Après une légère amélioration, il survient, à partir du 10 octobre, une aggravation progressive de tous les symptômes : mictions toutes les cinq minutes, douleurs intolérables, urines purulentes et très sanguinolentes. Les urines contiennent de nombreux bacilles de Koch.

Les traitements chirurgicaux non opératoires, n'ayant pas produit de résultat, M. le professeur Guyon pratique le 7 novembre 1894 le curettage vésical par le périné et établit le drainage.

9 Novembre. — L'hématurie a complètement disparu et les douleurs sont devenues beaucoup moins intenses.

26 Novembre. — L'amélioration se maintient : tant que la sonde périnéale fonctionne bien, le malade n'éprouve aucune douleur dans sa vessie.

30 Janvier. — Pendant les mois de décembre et janvier, l'état vésical du malade est très satisfaisant ; malheureusement la tuberculose pulmonaire fait des progrès rapides.

6 Février. — Il y a deux jours qu'on a retiré la sonde périnéale. L'urine sort en partie par la verge, en partie par la plaie périnéale ; les mictions se répètent toutes les deux heures et ne sont pas douloureuses ; la nuit, l'intervalle entre les mictions est encore plus long.

11 Mars. — Le malade continue à ne pas souffrir de sa vessie ; les mictions sont devenus un peu plus fréquentes, environ toutes les heures ; il sort toujours un peu d'urine par la plaie périnéale. Les urines qui, deux jours après l'opération, ont cessé d'être hématuriques, et dont le dépôt purulent avait presque complètement disparu, laissent actuellement déposer une grande quantité de pus.

L'état général est très mauvais : crachats purulents et sanguinolents, sueurs abondantes, diarrhée, anorexie complète, amaigrissement extrême ; à l'auscultation : cavernes des deux côtés ; en un mot pronostic fatal à brève échéance.

20 Mars. — Rien de particulier à noter ; état général toujours mauvais.

OBSERVATION II

*Cystite chronique non tuberculeuse. Curettage vésical
et drainage périnéal. Guérison.*

Van Straten S...., âgé de 40 ans, entre le 24 Octobre 1894, dans le service de M. le professeur Guyon, salle Velpeau, lit n° 2.

Sa maladie qui remonte au mois d'Avril 1893, aurait débuté par la fréquence des mictions et par la douleur. A mesure que la maladie faisait des progrès les mictions sont devenues très fréquentes, douloureuses, avec hématuries terminales ; ses urines sont devenues troubles avec dépôt purulent.

Après avoir suivi, sans résultat, plusieurs traitements, il rentre, en octobre 1893, dans un hôpital de la Haye, où on lui fait la taille hypogastrique. D'après le malade cette opération n'aurait pas amélioré son état, si ce n'est qu'une diminution passagère de l'intensité des douleurs.

Au moment de son entrée dans le service il présente tous les symptômes de cystite : douleurs très fortes, urines troubles, mictions très fréquentes avec hématuries terminales.

L'examen local nous apprend que son canal est libre, que sa vessie, pas très sensible au contact est cependant très douloureuse à la distention. Les reins

et les autres organes sont sains. Les urines ne contiennent pas de bacilles tuberculeux

Examen endoscopique. — Chez ce malade M. le Docteur Janet a pratiqué l'examen endoscopique dont voici les résultats :

L'endoscope est très mal supporté à cause des vives douleurs qu'il provoque chez le malade. La muqueuse vésicale est rouge foncé, unie, recouverte de mucosités gluantes et adhérentes. On n'a pas trouvé d'ulcération. Ce sont surtout les parois supérieures et latérales qui ont été bien examinées ; le bas fond a été plus difficile à voir à cause de la douleur qu'éprouvait le malade.

Comme traitement on lui fait des instillations de nitrate d'argent. Ce traitement n'ayant pas produit d'amélioration, M. le professeur Guyon pratiqua le 21 Novembre 1894 le curettage de la vessie par le périnée.

28 Novembre. Pendant les quatre premiers jours les urines ont été sanguinolentes ; le malade éprouve encore quelques douleurs et ses urines ont été très troubles.

29 Novembre. On commence aujourd'hui à faire des petits lavages de la vessie avec une solution d'eau boriquée et de sublimé.

14 Décembre. Depuis deux jours on peut injecter 15 grammes de liquide dans la vessie ; les douleurs ont complètement disparu ; les urines sont moins troubles.

21 Décembre. Aujourd'hui on a retiré la sonde périnéale et on a trouvé les parois de la plaie bourgeon-

nantes ; la vessie supporte depuis quatre jours 25 grammes de liquide.

24 Décembre. — Depuis que l'on a retiré la sonde périnéale l'urine sort en partie par la verge et en partie par la plaie ; le malade urine deux fois par heure ; les douleurs ont complètement disparu ; les urines sont moins troubles ;

27 Décembre. Hier, après le lavage on lui a fait dans la vessie une instillation de nitrate d'argent qui a causé des vives douleurs ; les urines sont devenues sanguinolentes pendant toute la journée ; ce matin l'hématurie a cessé, mais les urines sont très troubles ; il sort toujours un peu d'urine par le périné.

9 Janvier. — Depuis deux jours on lui fait des instillations de nitrate d'argent à 4 0/0 ; la capacité atteint actuellement 125 grammes.

18 Janvier. — Etat très satisfaisant ; la plaie périnéale est presque complètement fermée ; les urines sont un peu troubles.

11 Février. — La plaie du périné étant cicatrisée et les symptômes de cystite ayant disparu, le malade quitte l'hôpital complètement guéri le 11 février 1895.

OBSERVATION III

Cystite non tuberculeuse. — Curettage vésical et drainage périnéal. Amélioration passagère. Mort.

Sanz Mariano, coiffeur, âgé de 38 ans, entre le 3 Janvier 1894 à la salle Welpeau, lit n° 14.

Rien de particulier à noter dans ses antécédents héréditaires. Dans ses antécédents personnels, nous remarquons une incontinence nocturne d'urine à l'âge de quatre ans. En 1878, le malade a présenté tous les symptômes de cystite : douleurs en urinant, fréquence des mictions (vingt fois, jour et nuit), hématurie terminale, urines troubles. En 1880, blennorrhagie qui a duré quatre mois. Il a eu en 1890 des coliques néphrétiques suivies d'expulsions de petits graviers.

Au moment de son entrée à l'hôpital, le malade urine toutes les quinze ou vingt minutes, les mictions sont extrêmement douloureuses, les urines sont troubles avec un dépôt purulent.

L'examen local nous apprend que le canal est fibre (olive n° 19), que les épидidymes, la prostate et les vésicules seminales sont saines.

La vessie est très sensible à la pression abdominale, ainsi qu'à l'explorateur à boule et sa capacité maxima est de quarante grammes.

Le rein gauche est très sensible à la palpation et

semble un peu augmenté de volume ; il est le siège de douleurs spontanées avec irradiations dans le rein droit et à la vessie.

Comme traitement, on lui fait des instillations de nitrate d'argent qui produisent une amélioration notable, et en avril, il quitte l'hôpital.

En juillet, le malade rentre de nouveau à l'hôpital les mictions, qui sont très douloureuses, se renouvellent toutes les dix minutes, la fin des mictions est constitué par du sang, les urines sont très troubles ; elles ne contiennent pas de bacilles de Kock.

L'examen local fournit les mêmes symptômes que l'on avait constaté en janvier, avec cette différence qu'ils sont plus aggravés et qu'il est absolument impossible de pratiquer l'examen du canal et de la vessie, à cause des vives douleurs qu'il provoque. En plus, les deux reins sont très sensibles à la pression, le gauche en particulier, qui est aussi légèrement augmenté de volume.

On lui prescrit des instillations de sublimé à 1 pour 3.000 : ces instillations n'ayant pas été supportées, n'ont été répétées qu'à des intervalles irréguliers.

En présence des insuccès des autres traitements, M. le professeur Guyon pratique, le 5 décembre 1894, le curettage vésical par le périn.

6 Décembre. Ce matin les douleurs avaient presque complètement disparu.

9 Décembre. L'amélioration continue : les douleurs ont complètement disparu, pas d'hématurie, les urines sont moins troubles qu'avant l'opération.

12 Décembre. Hier le malade a souffert beaucoup

de ses reins et la température a atteint 39° ; pas de changement dans l'état vésical qui reste toujours satisfaisant.

19 Décembre. Le malade est mort aujourd'hui.

Autopsie. — Les testicules, les épидidymes et l'urèthre sont sains. La prostate est normale ; en avant du bec de la prostate, au niveau de la région membraneuse de l'urèthre, s'ouvre le trajet de la boutonnière périnéale, dont les parois sont régulières, bourgeonnantes. La vessie est petite, rétractée, de capacité très réduite ; elle contient une petite quantité d'urine violacée très foncée ; sa face interne contient quelques fausses membranes formant plaque d'un gris verdâtre, irrégulièrement disséminées et facilement décollables. On n'a pas trouvé dans cette vessie aucune ulcération, ni aucune autre lésion de nature manifestement tuberculeuse ; pas de péricystite.

L'urètre droit, du volume du petit doigt, est légèrement adhérent aux parties voisines. A la coupe on remarque un épaissement fibrineux des parois dont la perméabilité permet le passage d'une sonde cannelée. On constate, sur l'urètre gauche, les mêmes lésions trouvées à droite avec cette différence que la cavité de l'urètre gauche est dilatée, irrégulière, remplie d'une bouillie caséeuse.

Le rein droit est très diminué de volume ; à la coupe on trouve une dilatation des calices et du bassin, dont la surface est violacée et recouverte de fausses membranes grisâtres, semblables à celles de la vessie.

Le rein gauche présente à l'extérieur et à la coupe

les mêmes lésions que celles trouvées à droite ; en outre un des calices est très dilaté et forme un foyer volumineux rempli de pus caséeux.

Les poumons emphysémateux présentent quelques cicatrices superficielles et des granulations crétaées des sommets.

Les autres viscères ne présentent aucune lésion appréciable.

L'examen microscopique et l'examen expérimental sont restés négatifs.

OBSERVATION IV

Cystite douloureuse non tuberculeuse. Curettage vésical et drainage périnéal. — Guérison.

Mahé Eugène, âgé de 39 ans, entre le 29 septembre 1894, à la salle Velpeau, lit n° 1.

En 1879, blennorrhagie qui a duré trois semaines. Consécutivement à cette blennorrhagie le malade présente des symptômes fonctionnels d'un rétrécissement auquel vient petit à petit s'ajouter des symptômes de cystite. En 1886, il éprouve de fortes douleurs dans la région vésicale, les mictions deviennent très fréquentes, (vingt fois par jour et nuit), très doulou-

reuses à la fin, hématuries terminales, urines troubles.

Le malade a essayé plusieurs traitements qui n'ont pas produit d'amélioration.

En 1888, coliques néphrétiques, répétées deux fois par mois et suivies d'expulsion de graviers.

Il rentre, en 1891, dans le service de M. le Docteur Horteloup qui lui fait une lithotritie ; l'opération ayant été négative on lui fait une taille périnéale qui ne donna pas plus de résultat ; la taille hypogastrique pratiquée quelque temps après a permis l'extraction de deux calculs d'environ deux centimètres chacun. Le malade continuant à souffrir beaucoup, M. le docteur Horteloup pratique, deux mois plus tard, une nouvelle taille périnéale et extrait cette fois encore trois calculs de même volume que les premiers. Après un séjour de dix mois à l'hôpital le malade part sans être amélioré de sa cystite.

Le 25 juillet 1893, il rentre dans le service de M. le professeur Guyon, pour sortir trois mois plus tard un peu amélioré par les instillations de nitrate d'argent ; cependant cette amélioration ne devait pas rester définitive, car après un séjour de quatre mois dans le service de M. le Docteur Routier, le malade rentre de nouveau le 29 septembre 1894, à la salle Velpeau, lit n° 1.

Au moment de son entrée les mictions sont très douloureuses et se répètent 80 à 100 fois dans les vingt et quatre heures ; la fin des mictions est constitué par du sang ; les urines très troubles laissent déposer du pus en grande quantité.

Le canal de l'urèthre présente des rétrécissements ;

la vessie, très sensible au contact, est extrêmement douloureuse à la distension et ne permet, avec difficulté, que l'introduction de dix grammes de liquide.

Après avoir inutilement essayé le traitement par les instillations de nitrate d'argent, M. le Docteur Legueu, Chef de clinique, pratique le 6 janvier 1895 le curetage de la vessie par la périnée.

Cette opération ayant présenté des particularités intéressantes, c'est à l'obligeance de M. le Docteur Legueu que nous devons la description que voici :

Opération. — On introduit le conducteur cannelé jusque dans la portion membraneuse ; il est d'ailleurs impossible de l'enfoncer plus loin, jusque dans la vessie ; l'instrument bute et on ne peut abaisser le pavillon.

Une incision périnéale verticale est faite sur la ligne médiane du périnée : elle correspond à la partie postérieure du bulbe, dont elle dépasse vers l'anus les limites postérieures. Deux petites incisions latérales, faites perpendiculairement à sa direction agrandissent le champ opératoire et lui donnent un aspect losangique.

Suivant le tracé et la direction de cette incision, le bistouri va à la recherche de la portion membraneuse, dont il incise la paroi sur le cathéter cannelé. Il s'écoule immédiatement une certaine quantité d'urine. L'incision est agrandie, et on se trouve en présence d'une large cavité, qu'au premier abord je crus être la cavité vésicale.

Il n'en était rien : cette cavité large de trois travers de doigt, ampullaire, à parois lisses, était formée

par une dilatation considérable, dans laquelle, depuis des mois probablement, venaient s'arrêter tous les instruments, sondes ou béniqués, instillateurs que l'on introduisait chez ce malade. On avait depuis longtemps constaté, en effet, que la vessie ne pouvait rien contenir, que le liquide injecté revenait aussitôt sur les côtés de la sonde ; la sonde elle-même butait presque de suite en arrière du pubis contre un obstacle que jusqu'alors on avait cru être la paroi postérieure de la vessie.

La disposition que nous avions sous les yeux nous expliquait toutes ces particularités : il était évident que depuis longtemps aucun instrument ne pénétrait dans la vessie, tous s'arrêtaient dans cette cavité qui recevait inutilement les instillations ou injections destinées à la vessie.

La vessie au contraire était haut située, au-dessus et en arrière du pubis : en haut de cette cavité uréthrale, on avait un orifice béant, limité par une portion dure, la prostate, c'était le col : le doigt s'y enfonçait librement et la cavité vésicale se dilatait au-dessus.

La dilatation de la portion membraneuse rendait inutile l'application de dilatateurs de Guyon ; je ne m'en servis que pour dilater un peu à l'aide des plus gros numéros le col même de la vessie,

A l'aide de la curette on fit le curettage de la vessie tout autour du col, d'abord en avant contre le pubis, puis en arrière du côté du rectum.

La curette amena des masses de débris de muqueuse et de fongosités molasses. La vessie fut lavée.

soigneusement à l'aide d'une solution à moitié de sublimé et d'acide borique.

Une grosse sonde de Pezzer est laissée à demeure jusque dans la vessie ; on ne fait pas de suture, et on termine par un pansement à l'iodoforme.

10 Janvier. Les urines rendues les deux premiers jours qui ont suivi l'opération ont été sanguinolentes ; malgré la sonde à demeure le malade éprouve des envies d'uriner par la verge.

15 Janvier. Le malade souffre un peu moins ; les douleurs viennent par crises qui durent quelques minutes.

20 Janvier. Les crises douloureuses deviennent moins fréquentes ; dans l'intervalle des crises, le malade souffre très peu de la vessie.

30 Janvier. N'a pas eu de crises depuis 5 jours ; la capacité vésicale n'est pas modifiée.

8 Février. L'amélioration continue ; les crises deviennent beaucoup plus rares et bien moins fortes ; on introduit par la sonde périnéale, cent grammes de liquide dans la vessie sans grande souffrance pour le malade.

10 Février. On retire aujourd'hui la sonde périnéale ; depuis quelques jours le malade ne souffre plus de sa vessie, les crises vésicales ayant complètement disparues.

11 Février. Le malade ne souffre pas pour uriner ; au moment des mictions il s'écoule un peu d'urine par la plaie du périné ; les mictions se renouvellent toutes les heures le jour et toutes les deux heures la nuit.

15 Février. M. le professeur Guyon introduit dans la vessie une sonde bécuille très coudée, qu'il laisse à demeure.

18 Février. La sonde à demeure étant sortie, on introduit de nouveau dans la vessie une sonde bécuille ; on injecte sans peine 70 grammes d'eau boriquée dans la vessie ; une injection avec une solution faible de sublimé provoque immédiatement des vives douleurs vésicales.

19 Février. A la suite de l'injection au sublimé, le malade a eu plusieurs crises vésicales ; l'urine qui ne sortait qu'en petite quantité par la plaie est sortie hier en grande quantité ; la température est restée normale.

20 Février. Le tout est rentré dans l'ordre : disparition des crises, mictions toutes les heures, urines moins troubles.

11 Mars. Le malade se trouve tout à fait bien ; il n'éprouve plus aucune douleur, les mictions se répètent toutes les heures, jour et nuit, les urines sont claires, sans dépôt purulent, la plaie du périné est presque cicatrisée.

16 Mars. Depuis trois jours, il ne sort plus de tout d'urine par la plaie périnéale qui est complètement cicatrisée ; les mictions se font toutes les heures et toutes les heures et demi ; les urines sont claires ; le malade ne souffre nullement de sa vessie ; l'état général est excellent.

27 Mars. La guérison se maintient.

OBSERVATION V

Cystite non-tuberculeuse. — Curettage vésical et drainage périnéal. — Grande amélioration.

Bocalini, peintre, âgé de 38 ans, entre le 10 janvier 1895 salle Velpeau, lit n° 21.

Ses parents, âgés de 74 et 75 ans sont bien portants : il a quatre enfants qui se portent bien ; un cinquième est mort de méningite.

Dans ses antécédents urinaires, on trouve une blennorrhagie en 1881, qui, après avoir duré quatre mois, a été bien guérie sans complications.

Depuis 1882, le malade est atteint deux fois par an de coliques de plomb ; en 1890, bronchite qui a duré trois mois.

Maladie actuelle. — Elle aurait débuté en octobre 1894 par des troubles de la miction : fréquence, douleur, urines troubles ; en novembre, hématuries terminales qui ont disparu après 25 jours de repos.

L'aggravation progressive de tous ces symptômes de cystite forcent le malade à entrer à l'hôpital Beaujon, où il a été sondé pour la première fois ; son état devenant de plus en plus grave, il entre le 10 janvier dans le service de M. le professeur Guyon.

Au moment de son entrée, les mictions se renouvèlent tous les quarts d'heure ; les douleurs vésicales sont exaspérées par les mictions et par la fatigue ; ses urines, très troubles, présentent un dépôt purulent ; en plus, le malade est polyurique. L'examen des urines est resté négatif.

A l'examen, on constate que le canal de l'urèthre est libre et très sensible. La vessie, douloureuse au palper et au contact, est de capacité très réduite. La prostate est un peu grosse. Les testicules sont sains. Les vésicules séminales n'ont pas été senties. Les reins, droit et gauche, présentent une sensibilité et un volume normaux. L'état général est très mauvais : amaigrissement considérable, anorexie complète ; les sommets des deux poumons sont suspects.

Traitement : instillations de créosote.

17 Janvier. — Les mictions sont de plus en plus fréquentes : toutes les cinq minutes le jour et la nuit ; les autres symptômes ne sont pas modifiés.

28 Janvier. — Depuis le 22 janvier on lui fait des instillations de sublimé : les mictions se renouvellent toutes les dix minutes ; les douleurs sont un peu moins fortes.

27 Février. — Les mictions se répètent tous les quarts d'heure le jour, tous les trois quarts d'heure la nuit ; les douleurs ne sont pas modifiées ; urines toujours purulentes.

1^{er} Mars. — On commence aujourd'hui les instillations de nitrate d'argent à 1 0/0.

Un nouvel examen des urines n'a rien fait découvrir permettant d'affirmer la tuberculose. Toujours polyurie : deux litres ; pas de cylindres.

12 Mars. — Les instillations de nitrate d'argent n'ont produit aucune amélioration ; les urines sont sanguinolentes.

Opération. — Le 13 mars, M. le professeur Guyon pratique le curettage vésical par le périnée.

14 Mars. — Urines très sanguinolentes.

15 Mars. — Depuis hier le malade a un peu de

dyspnée et se trouve dans un état de pröstation prononcé ; on lui fait des injections d'éther, de sérum, etc.

16 Mars. — Le malade va un peu mieux ; la plaie est en très bon état.

25 Mars. — Depuis l'opération, le malade n'a jamais souffert de sa vessie ; l'état général est satisfaisant.

27 Mars. — Le malade se trouve tout-à-fait bien ; plus de douleurs, plus d'hématuries ; les urines sont plus claires et déposent très peu. La capacité vésicale n'est pas modifiée. L'état général est très satisfaisant.



CONCLUSIONS

1° Chez les malades atteints de cystite chronique rebelle ou de cystite tuberculeuse ayant résisté à tous les traitements médicaux et chirurgicaux non opératoires, comme les instillations de nitrate d'argent, de sublimé, etc. ; le curettage de la vessie par le périnée suivi du drainage périnéal est l'opération de choix.

2° Les résultats obtenus jusqu'ici ont tous été satisfaisants, les suites d'opération bénignes, grâce à une antiseptie rigoureuse.

3° Dans les cas de tuberculose avancée, ayant envahi les reins ou d'autres organes de l'économie, l'opération bien que palliative, a pour résultat d'amener la cessation presque complète et immédiate des douleurs si intenses chez ces malades.

4° Quand la tuberculose vésicale est exclusivement limitée à la vessie avec intégrité des deux reins on est en droit d'espérer la cure radicale.

5° Le curettage vésical avec drainage par la voie périnéale présente, sur le drainage hypogastrique,

l'avantage d'être plus parfait et ne présente pas les dangers de fistulisation si fréquents et si difficiles à guérir dans les cas de drainage hypogastrique prolongé.



INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Boursier.* — De la tuberculose de la vessie. Thèse Paris, 1886.
- Brissaud.* — Gazette hebdomadaire. 1886, p. 469.
- Bazy.* — Traitement de certaines affections de la vessie, par le raclage et l'écouvillonnage, in Sem. méd. 1890.
- Brosseau.* — De la cystotomie comme traitement de la cystite, in Un. méd. du Canada. Montréal, 1885.
- Boymond.* — Du tr. des cystites spasmodiques rebelles chez l'homme, par la dilatation du sphincter vésical pratique à la faveur d'une boutonnière périnéale. Thèse, Lyon 1882.
- Bellamy.* — Cocaine in chronic cystites and irritable bladder, in Lancet, London, 1885.
- Battle.* — Ulcération tub. de la vessie, guérison par le raclage après la taille. Insuccès d'autres traitements. Clin. Soc. of London, 1890.
- Clado.* — Note pour servir à l'étude de l'anatomie patholog. de la tub. vésicale. Ann. génito-urinaires, 1887.
- Cornil et Brault.* — Pathologie du rein, 1884.
- Coursier.* — Tr. des cystites chroniques rebelles chez la

femme par le curettage vésical pratiqué par la voie uréthrale. Th. Paris, 1894.

Colin (G.). — Traitement des cystites par les instillations de sublimé. Thèse, Paris 1894.

Campbell. — Case of chronic cystitis ; cystotomy ; recovery, remarks. *Lancet*, avril 1882.

Callionzis. — Raclage et écouvionnage de la vessie. Ann. génito-urinaires, 1887.

Cruveilhier. — Anatomie pathologique, t. IV.

Chavasse. — Thèse de Paris, 1872.

Duplay et Reclus. — Traité de chirurgie.

Duplay (S.). — Cystite chronique rebelle, cystotomie guérison. Arch. gén. de méd. 1883.

Durand-Fardel. — Thèse, Paris, 1886.

Delefosse. — Du traitement chirurgical de la cystite chez l'homme. Rev. crit. in Ann. génito-urinaires, 1884.

De Gennes. — Ann. génito-urinaires, 1885.

Eve. — Chronic cystitis. opération for its radical cure. Arch. gén. de méd. 1883.

Guyon. — Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires.

Guyon. — Leçons cl. sur les affections chirurgicales de la vessie et de la prostate.

Guyon. — Congrès français de chirurgie. 1888 et 1889.

Guyon. — Tuberculose vésicale. Semaine médicale, 1885.

Hartmann. — Des cystites douloureuses et leur traitement. Thèse Paris, 1887.

Leprévost. — Etude sur les cystites blennorrhagiques. Thèse Paris, 1884.

Leary. — The treatment of cystitis. Med. Rec. N. Y. 1880.

- Molz.* — Curettage vésical dans les cystites rebelles.
Gazeta Lekarska. 1895.
- Porter.* — Curreting the bladder for chronic cystitis.
Boston M et S J 1880.
- Rawdon.* — Cystotomie pour cystite scrofuleuse. Lan-
cet, 1884.
- Reverdin.* — Cas de cystite tuberculeuse, traitée par la
taille hypogastrique et le raclage. Ann. génito-uri-
naires, 1889.
- Tillaux.* — Considération sur le traitement de la cystite
chronique du col. Bull. de thérapeutique, 1873.
- Terrillon.* — Progrès médical, 1880.
- Vignerot.* — Résultats de l'intervention chirurgicale dans
la tuberculose vésicale. Congrès français de chirur-
gie, 1893.
- Vincent.* — Note sur le tr. des cystites spasmodiques re-
belles chez l'homme, par la dilatation rapide du
sphincter vésical, pratique à la faveur d'une bouton-
nière. Lyon méd. 1882.
- Verhoogen.* — Traitement des cystites chroniques re-
belles par le curettage de la vessie. Ann. de la Société
belge de chirurgie, 1883.
- Verneuil.* — Gazette hebdomadaire, 1883.

Vu :

Le Président de la Thèse,
F. GUYON.

Vu : Le Doyen,
BROUARDEL.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

Paris. — Imp. Henri JOUVE, 15, rue Racine.

